МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ СССР

ИНФОРМАЦИОННЫЙ СБОРНИК

1991 год, № 4, вып. 61

Избранные вопросы КВЧ-терапии в клинической практике

Москва — 1991

Министерство обороны СССР

Центральное военно-медицинское управление

Временный научный коллектив "КВЧ"
(ГКНТ СССР и АН СССР)

Научно-методический центр по организации
санаторно-курортного лечения и организованного
отдыха военнослужащих СА и ВМФ при Центральном
военном клиническом санатории "Архангельское"

ИНФОРМАЦИОННЫЙ СБОРНИК

1991 год, № 4, вып. 61

Избранные вопросы КВЧ-терапии в клинической практике

Москва - 1991

Информационный сборник составлен по материалам семинара-овещания "Применение низкоинтенсивных миллиметровых волн в меицине", проходившего в Центральном военном клиническом санатоии "Архангельское" 27-28 мая 1991 г.

В сборник включены доклады, в которых отражены клинические спекты применения КВЧ-терапии. Предназначен для практических рачей.

Содержание

Стр.

Методика многозональной КВЧ-терапии

М.В.Теппоне*

Крайневысокочастотная (КВЧ) терапия, в основе которой лежит использование различных биологических эффектов электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового диапазона, является современным немедикаментозным методом лечения [7, 8].

С учетом литературных данных [11, 12, 13] можно выделить эффекты, связанные с частотой ЭМИ, зоной воздействия и общим адаптационным синдромом (ОАС), возникающим после облучения. К настоящему времени накоплено достаточно теоретического и экспериментального материала, позволяющего предполагать, что при проведении КВЧ-воздействия ведущее значение принадлежит зоне облучения при определенной частоте [6, 15, 18]. Частота ЭМИ определяет лишь особенности рецепции излучения водосодержащими структурами, коэффициент отражения, а следовательно, величину поглощения и интенсивность раздражения облучаемой зоны. В последующем эффект воздействия реализуется с участием нейрогуморальной, иммунной и других систем макроорганизма [1, 14]. Причем характер ответа существенно не отличается от такового, возникающего при воздействии других факторов электромагнитной и неэлектромагнитной природы [19].

Наиболее часто воздействию подвергаются области кожи, соответствующие точкам акупунктуры (ТА), зонам Захарьина-Геда-Вильямовского и крупным суставам [14]. Однако, с точки зрения традиционной китайской медицины (ТКМ), такое деление условно, поскольку

---

*Об авторе: Теппоне Михаил Викторович, научный сотрудник ВНК "КВЧ".

любой участок кожной поверхности имеет связь с определенными ТА, каналами и органами [20, 2I, 23, 24]. Не вызывает сомнения участие рефлекторных механизмов в реализации лечебного действия КВЧ [5], но ТА - это не только особенности иннервации, а достаточно сложная функциональная единица, обеспечивающая взаимодействие внешней и внутренней среды организма и включающая высокогидратированную рыхлую соединительную ткань, обилие различных нервных, сосудистых и клеточных элементов [4]. Кроме того, имеется скопление щелевых соединений, обеспечивающих информационное межклеточное взаимодействие [I0].

Исследования последних десятилетий расширили научное понимание механизмов реализации лечебного воздействия на кожные покровы, однако это не привело к созданию современных рекомендаций по эффективному выбору тех или иных ТА. Применительно к иглотерапии и прижиганию вопрос индивидуализации зон воздействия уже решен в рамках ТКМ. Учитывая высокую гидратированность области ТА [2], а также тропность ЭМИ миллиметрового диапазона к водосодержащим структурам [9, I7], представляется целесообразным применение синдромного подхода ТКМ при проведении КВЧ-терапии.

У любого пациента, независимо от заболевания, можно выделить как неспецифические симптомы, являющиеся отражением формирования ОАС [I6] и конституциональных особенностей организма, так и специфические, позволяющие определить "локальное" поражение, что в некоторой степени соответствует понятию "нозологии".

В зависимости от остроты процесса преобладает та или иная группа симптомов. Чем острее начало, тем менее специфична клиническая картина, т.е. преобладает ОАС. По мере стихания остроты заболевания на первый план выходят симптомы "локального" поражения, а затем конституциональные особенности пациента. В случае

постепенного начала заболевания, хронического течения наблюдается обратный порядок смены симптомов, что в ряде случаев, при адекватной терапии, сопровождается кратковременным обострением имевшегося заболевания.

Ниже приводятся основные группы синдромов, включающих специфические и неспецифические симптомы. Процесс формирования синдромного диагноза ТКМ существенно не отличается от установления нозологического диагноза современной медицины. Как правило, обнаруживается не весь набор симптомов какого-либо синдрома, кроме того, возможно сочетание нескольких синдромов. Для каждого синдрома приводятся рекомендации по выбору ТА и времени воздействия, при этом (в) - означает "возбуждать", что соответствует длительности КВЧ-воздействия не более 2-3 мин, а (т) - "тормозить" - соответственно до 20-25 мин.

Неспецифические синдромы, характеризующие ОАС

I. Тай Ян[ж]:
- затылочная головная боль,
- напряжение мышц шеи и спины,
- повышение температуры, жар,
- зябкость.

2. Шао Ян:
- чередование озноба и жара,
- односторонняя головная боль,
- потеря аппетита, тошнота, рвота, горечь по рту,
- сухость в горле или гиперсаливация,
- ощущение полноты в боковых отделах живота и груди,
- боли в области сердца и в животе,
- возможен жидкий стул,
- астматическое дыхание.

[ж]Русская транскрипция китайского названия синдрома.

3. Ян Мин : - хороший аппетит,
-сухость во рту, жажда,
- потливость,
- плохая переносимость жары,
- вздутие живота,
-запоры,
- язык покрыт желтоватым налетом.

4. Тай Инь: - отсутствие аппетита,
- тошнота, рвота слизью,
- боли в животе, тяжесть в теле,
- жидкий стул, возможно вздутие,
- язык с белым налетом,
- плохая переносимость холода,
- пульс менее 4 ударов за одно дыхательное движение.

5. Цзюе Инь: а) - чередование озноба и жара, поноса и рвоты,
- голод, но рвота после приема пищи,
- боли в области сердца,
- боли и напряжение в животе,
- холодные конечности;

б) - тенезмы, понос с кровью,
- рвота с кровью,
- горечь, сухость во рту без жажды,
- боли в подреберье и боковых отделах живота,
- боли и полнота в боковых отделах грудной клетки, боли в ребрах;

в) - рвота кислым и горьким содержимым,
- отсутствие аппетита,
- конечности мерзнут и немеют,

- боли и напряжение в животе,
- стул с непереваренной пищей.

6. Шао Инь: а)
- сонливость,
- плохая переносимость холода,
- холодные конечности,
- жидкий стул с непереваренной пищей,
- язык покрыт белым налетом,
- пульс менее 4 ударов за одно дыхательное движение;

б)
- раздражительность, бессонница,
- сухая кожа и горло,
- ощущение тепла внутри тела и в области сердца,
- боли в сердце,
- возможен жидкий стул,
- красный язык,
- пульс более 6 ударов за одно дыхательное движение.

Лечение:
- Тай Ян: IOP, 9P (т) + IRP, 2RP (в);
- Шао Ян: 42E (в) + 58У (т);
- Ян Мин: 2RP (в) + 38УВ (т);
- Тай Инь: 3RP (в) + 40E (т);
- Цзюе Инь: а) 9P, 2RP, 3RP (в);
  б) 3F (т);
  в) 3F, 8F, 2RP (в);
- Шао Инь: а) 42E (в) + 4RP (т);
  б) 2RP, 4IE, 36E (в).

П р и м е ч а н и е: В прописях рецептов использовалось французское обозначение ТА, при этом:

P - канал Легких,
GI - канал Толстого кишечника,
E - канал Желудка,
RP - канал Селезенки,
C - канал Сердца
IG - канал Толстого кишечника,
IM - Передний срединный канал,
У - канал Мочевого пузыря
R - канал Почек,
МС - канал Перикарда,
TR - канал Тройного обогревателя,
УВ - канал Желчного пузыря,
F - канал Печени,
ТМ - Задний срединный канал.

В процессе правильного лечения происходит постепенная смена синдромов от Шао Инь до Тай Ян, что отражает благоприятное развитие заболевания. Нередко наблюдается пропуск некоторых синдромов. Лечение прекращается после купирования симптомов, относящихся к синдрому Тай Ян.

Лечение на основании синдромов, характеризующих ОАС, описано в работах по ТКМ в разделе, посвященном "Теории шести каналов" или "Шести фазам заболевания" [2I, 22, 25].

Неспецифические конституциональные синдромы

"Пустота Сердца": - сердцебиение,
- беспокойство, снижение памяти,
- бессонница, кошмары во сне: 9С(в),I5У(в).

"Пустота Селезенки": - снижение веса и аппетита,
- вязкий стул, диспепсия: 20У(в),
- полнота и урчание в животе: 2RP,3RP(в).

"Пустота Легких": - одышка, кашель,
- слабый голос, заикание: 9Р(в),I3У (в),
- выпадение волос, зябкость, потливость.

"Пустота Почек" : - слабость, боли в спине, боли в пятках,
- отеки, шум и звон в ушах: 7R, 3R(в),
- слабость, выпадение и болезни зубов.

"Пустота Печени": - ломкость ногтей, онемение конечностей,
- снижение остроты зрения, головокружение,
- сонливость, головная боль: 8F, 3F(в),I8У(в).

"Пустота Инь": - ощущение тепла в ладонях, стопах, сердце,
- сухость в горле, ночная потливость,
- ощущение прилива к лицу, красные скулы,
- темная моча, никтурия,
- язык красный: 7R, 6RP(в),
- пульс более 6 ударов за одно дыхательное движение.

"Пустота Ян": - непереносимость холода, импотенция,
- частое мочеиспускание, бесцветная моча,
- гиперпигментация кожи, жидкий стул: 23У, 4ТМ(в).

Специфические ("локальные") синдромы, характерные для обострения язвенной болезни и гастрита (по [26])

"Печень поражает Желудок": - полнота и напряжение в эпигастрии,
- иррадиация болей в подреберье,
- частая отрыжка, тошнота,горечь,
- раздражительность,
- ухудшение после психоэмоциональной нагрузки:2F(т), 3F(т), I4F(т).

"Пустота-Холод Желудка и Селезенки" - тупая, ноющая боль в эпигастрии,
- хуже натощак,

- улучшение от тепла и после еды,
- слабость, недомогание, утомляемость,
- жидкий стул, тошнота, нет аппетита,
- пульс менее 4 за одно дыхательное движение: 2RP(в), 36E(в), I2IM(в).

"Пустота Инь Желудка":
- тупая боль, жжение в эпигастрии,
- голод без аппетита,
- сухость в горле и во рту,
- запор, потливость ночью: 2F(т), 36E(т), 44E(т), 6RP(в), 7R(в).

"Сырость-Жара Желудка и Селезенки":
- распирающие боли в эпигастрии,
- ухудшение после приема пищи,
- горечь, неприятный привкус во рту,
- ощущение полноты в груди, слабость,
- тошнота, плохой аппетит, отрыжка,
- улучшение после рвоты: 44E, 36E(т), 3RP(т).

При отсутствии развернутого синдрома и наличии отдельных жалоб:

- боли в эпигастрии с иррадиацией к сердцу: I4F(т),
- изжога : 3F(т),
- отрыжка: 3RP(Т), 2RP(в),
- запоры: сухой стул - 6RP и 7R(т), с затруднением дефекации и ощущением спазма ануса 2GI(т), без желания - 7P(в), 6GI(т),
- неопределенные боли или отсутствие жалоб: 36E (I0-I5 мин).

При обращении пациента с выраженной клинической картиной и небольшим сроком заболевания необходимо использовать синдромы, характеризующие ОАС. Процедуры проводятся ежедневно или, в случае

быстрой смены симптомов, 2 раза в день. Длительность наличия симптомов, соответствующих тому или иному синдрому ОАС, может варьировать от нескольких часов до нескольких дней, что и будет определять продолжительность лечения.

Если после купирования ОАС сохраняются симптомы, характеризующие "локальные" ("нозологические") нарушения, используются синдромы, соответствующие определенной нозологической форме. Процедуры проводятся через 1-2 дня. При этом, как правило, не происходит смены клинических проявлений, а наблюдается постепенное исчезновение симптомов.

Коррекция конституциональных нарушений осуществляется не чаще 1 раза в неделю. Это позволяет предупредить ранние рецидивы заболевания. Кроме того, воздействуя на ТА с учетом синдромов "Пустоты", можно обеспечить профилактику возникновения заболевания.

В случаях хронического, вялотекущего, труднодифференцируемого заболевания лечение осуществляется в обратном порядке. Проводится коррекция конституциональных нарушений, затем "локальных", а при наличии обострения, смене симптомов лечение завершается на основании использования синдромов ОАС (см. схему на с. 137).

Возможно чередование и сочетание используемых синдромов. Например, у пациента клинические проявления соответствуют ОАС (Ян Мин), "локальный" синдром - "Пустота Инь Желудка", а конституциональный фон - "Пустота Инь". Тактика лечения может быть следующей: 1-я процедура: коррекция "Пустоты Инь" + ОАС (Ян Мин); 2-я: "Пустота Инь Желудка" + ОАС; 3-я: ОАС; 4-я: ОАС; 5-я: "Пустота Инь Желудка" + ОАС; 6-я: "Пустота Инь" + ОАС и т.д..

Данная методика КВЧ-терапии разработана для лечения язвенной болезни, полипоза желудка, ИБС, стенокардии. Кроме того, она оказалась эффективной при лечении бронхиальной астмы [4], энуреза [2], различных болевых синдромов и т.д.

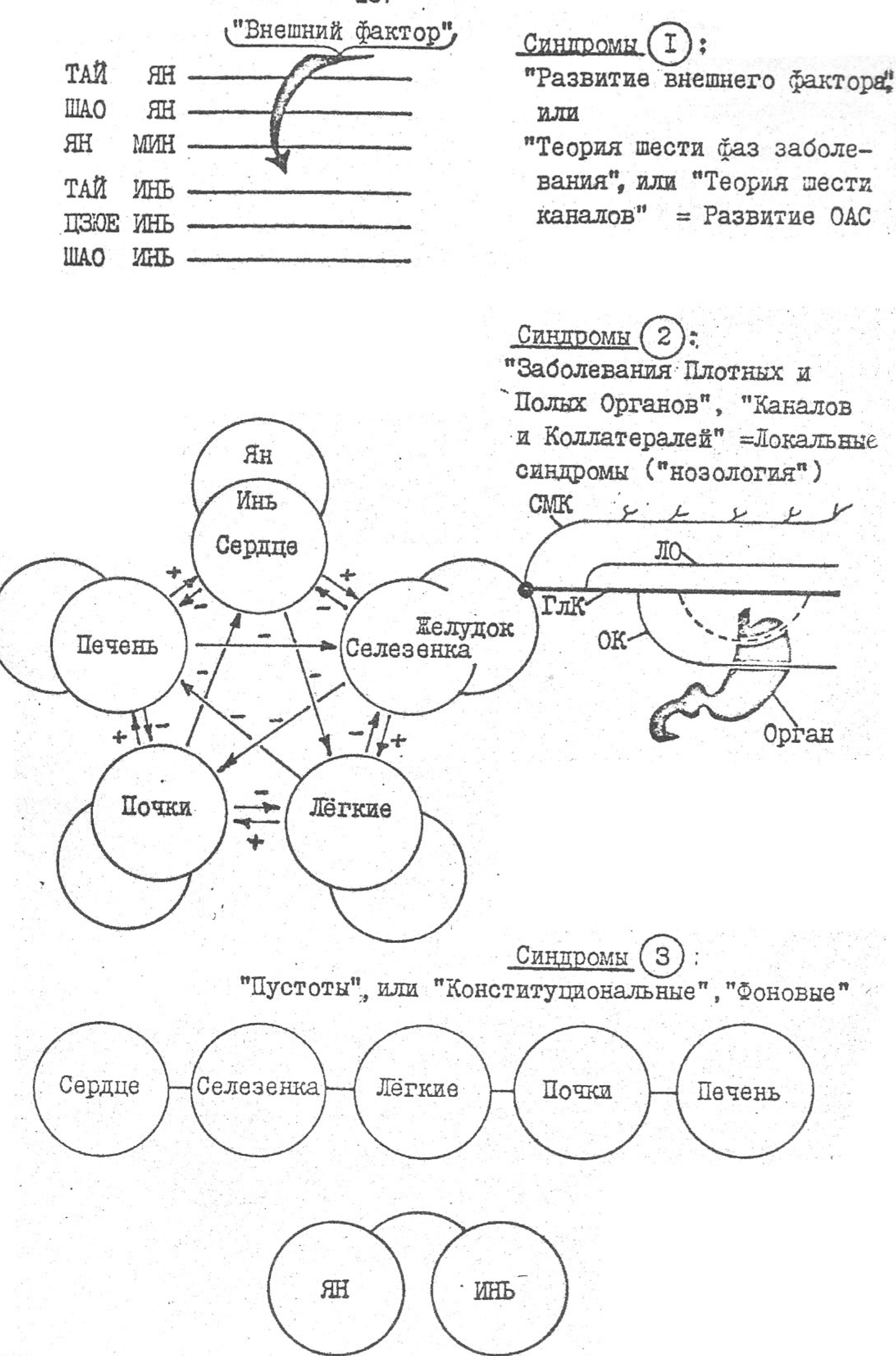


Рис. Схема взаимоотношений между различными группами синдромов (пояснение к схеме см. на с. 138).

Противопоказания не выявлены, однако отмечается снижение эффективности у больных, перенесших оперативное вмешательство. У отдельных пациентов отмечалось усиление болевого синдрома и увеличение язвенного дефекта при неадекватном лечении в связи с неправильной оценкой синдрома ТКМ, что наиболее вероятно при отсутствии жалоб.

При КВЧ-терапии не применяются психотропные препараты и холинолитики. При наличии сохраняющегося болевого синдрома у больных язвенной болезнью возможно назначение таких препаратов, как альмагель (в случае тенденции к жидкому стулу), викалин (при запорах), но-шпа. Ожидается потенциирование эффективности лечения при назначении лекарственных препаратов ТКМ.

Пояснение к схеме

Синдромы I: согласно ТКМ,данные синдромы характеризуют внедрение "Внешнего Фактора" в организм человека и его развитие на уровне шести каналов. С современной точки зрения, это соответствует влиянию гелиокосмических и геофизических факторов и развитию общего адаптационного синдрома. Лечение с использованием данного типа синдромов применяется в случае острого начала заболевания, его бурного развития, выраженной клинической картины.

Синдромы 2: описывают заболевания "Плотных и Полых Органов", главных (ГлК), сухожильно-мышечных (СМК), особых (ОК) и ЛО-каналов. На схеме представлены принципы взаимодействия между органами, так, "+" означает тонизирующее влияние, а "-" - тормозящее. Это позволяет при заболевании нескольких органов определять локализацию первичного и вторичного поражения. Например, если имеются клинические проявления снижения активности Селезенки, необходимо ее тонизировать, воздействуя на возбуждающую ТА (2RP).

Если снижена активность Селезенки и Легких, необходимо тонизировать Селезенку, при этом произойдет тонизация как Селезенки, так и Легких. Если снижена активность Селезенки и Почек, необходимо тормозить Печень (2Р), что приведет к снижению тормозящего влияния Печени на Почки и Селезенку и соответственно к их тонизации. Выделение синдромов Органов и Каналов фактически отражает различные уровни регуляции организма. Для синдромов данного типа наиболее приемлемо современное понятие "нозология". В данной методике описаны синдромы, наиболее часто встречающиеся при обострении язвенной болезни и гастрита. При лечении других заболеваний необходимо вносить дополнения, соответствующие имеющимся клиническим проявлениям.

Синдромы 3: отражают конституциональные особенности пациента, связанные с врожденной или приобретенной неполноценностью того или иного органа, при этом понятие "Орган" в ТКМ имеет более широкое значение, чем анатомическое образование. Наиболее общими синдромами являются "Пустота Инь" и "Пустота Ян", которые можно соотнести с современным понятием снижения активности парасимпатического или симпатического отделов вегетативной нервной системы (однако это соотнесение несколько условно и не отражает полностью взаимоотношения между Инь и Ян ТКМ). Использование данной группы синдромов имеет значение при лечении хронических, вялотекущих заболеваний.

Список литературы

I. Бецкий О.В., Ильина С.А. Миллиметровые волны в медицине и биологии. - М., 1989. - С. 296-302.

2. Бувин Г.М., Беркин Ю.В. Современные проблемы рефлексодиагностики и рефлексотерапии. - Ростов н/Д, 1984. - С. 196- 187.

3. Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. - М., 1987.

4. Вержбицкая Н.И., Кромин А.А., Всеволожский Л.А. и др. Вопросы психогигиены, психофизиологии, социологии труда в угольной промышленности и психоэнергетике. - М., 1980. - С. 504-508.

5. Гапонюк П.Я., Столбиков А.Е., Шерковина Т.Ю. Применение КВЧ-излучения низкой интенсивности в биологии и медицине // Тез. докл. 7-го Всесоюз. семинара. - М., 1989. - С. 23.

6. Голант М.Б.,Севастьянова Л.А. Электронная техника, Сер. Электроника СВЧ. - Вып. 6 (420). - 1989.

7. Девятков Н.Д., Бецкий О.В. Применение миллиметрового излучения низкой интенсивности в биологии и медицине / Под ред. акад. Н.Д.Девяткова. - М., 1985. - С. 6-20.

8. Девятков Н.Д., Бецкий О.В. Медико-биологические аспекты миллиметрового излучения / Под ред. акад. Н.Д.Девяткова. - М., 1987. - С. 7-20.

9. Ильина С.А., Бакаушина Г.Ф., Гайдук В.И. и др. // Биофизика. - 1979. - Т. 24. - Вып. 3. - С. 513-518.

10. Машанский В.Ф., Марков Ю.В., Шпунт В.Х. и др. // Арх. анат. - 1983. - Т. 84. - № 3. - С. 53-60.

11. Медико-биологические аспекты миллиметрового излучения // Под ред. акад. Н.Д.Девяткова. - М., 1987.

12. Миллиметровые волны в медицине и биологии / Под ред. акад. Н.Д.Девяткова. - М., 1989.

I3. Применение миллиметрового излучения низкой интенсивности в биологии и медицине / Под ред. акад. Н.Д.Девяткова. - М., I985.

I4. Родштат И.В. Миллиметровые волны в биологии и медицине. - М., I989. - С. 72-82.

I5. Севастьянова Л.А., Голант М.Б., Зубенкова Э.С. и др. Эффекты нетеплового воздействия миллиметрового излучения на биологические объекты.-М., I983. - С. 34-47.

I6. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. - М., I960.

I7. Хургин Ю.И., Бецкий О.В., Церевитинова Н.Г. и др. Медико-биологические аспекты миллиметрового излучения. - М., I987. - С. I93-20I.

I8. Черняков Г.М., Корочкин В.Л., Бабенко А.П., Бигдай Е.В. Миллиметровые волны в биологии и медицине. - М., I989. - С. I40-I67.

I9. Черняков Г.М. Применение КВЧ-излучения низкой интенсивности в биологии и медицине // Тез. докл. 7-го Всесоюз. семинара. - М., I989. - С. 23.